

Pojišťovna Slavia a.s.

Revoluční 655/1, 110 00 Praha 1, Česká republika; tel.: 221 803 444, fax: 221 803 479

**Oznámení škodné události
z pojištění léčebných výloh**

k pojistné smlouvě čís.

1. Pojištěný

Jméno a příjmení, titul (popř. název firmy).....
popř. zástupce (jméno, příjmení, adresa, vztah k pojištěnému)

Místo trvalého pobytuPSČ

Rodné číslo (IČ) Telefon E-mail

Plnění poslat na:

Účet číslo kód banky var. symbol

2. Popis pojistné události (nestačí-li místo, uveďte na zvláštním listě)

K úrazu nebo náhlému onemocnění došlo

dne.....místo.....stát

Popsaťe souvisle a podrobně, za jakých okolností k úrazu nebo náhlému onemocnění pojištěného došlo:

Která část těla pojištěného byla poraněna nebo jak se projevilo náhlé onemocnění:

Trpěl pojištěný již před počátkem pojištění tímto onemocněním? ☐ ne ☐ ano

Byla kontaktována asistenční služba (kdo a kdy)?

Název a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc.....

Kde se pojištěný léčil

Dopravu pojištěného do zdravotnického zařízení v cizině provedl

Dopravu pojištěného do ČR provedl

Jméno, příjmení a adresa ošetřujícího lékaře v ČR

Byl úraz nebo náhlé onemocnění zaviněno třetí osobou:

☐ ne ☐ ano - kým (jméno, příjmení a kontaktní adresa).....

Uveďte, kdo případ vyšetřoval (jméno a adresa) a doložte policejním protokolem či jinou zprávou vyšetřujícího orgánu.....

3. Náklady na pojistnou událost

Vzniklé náklady prokazují těmito originály dokladů o úhradě (**bez originálních dokladů nemůže být pojistná událost vyřízena!**)

Popis dokladu (účet za léčení, léky, dopravu nebo uveďte ostatní)	Výše nákladů	Měna
Ošetření:		
Léky:		
Doprava:		
Ostatní:		
C e l k e m		

Pojištěný náklady nehradil – úhradu nákladů požaduje zdravotnické zařízení v celkové částce a měně

Pojištěný náklady uhradil a uplatňuje náhradu nákladů v celkové uhrazené částce a měně

Bylo uzavřeno další pojištění pro toto pojištění nebezpečí i u jiného pojistitele?

☐ ne ☐ ano - u kteréhoč. pojistné smlouvy

Uplatňujete u tohoto pojistitele náhradu škody? ☐ ne ☐ ano - uveďte horní hranici plnění

5. Prohlášení

Prohlašuji, že veškeré údaje mnou udané jsou úplné, pravdivé a nic jsem nezamlčel. Jsem si vědom důsledku nesprávných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění. Souhlasím s tím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu resp. o léčení a zdravotním stavu pojištěného. Uvodomuji si, že poskytnutím nepravdivých a zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (§ 250a tr. zák.)

Počet listů příloh, které přikládám:

V dne podpis pojištěného (zástupce).....